



## Tilburg University

### TBS, recidivegevaar en behandelbaarheid

Oei, T.I.

*Published in:*  
Medisch Contact

*Publication date:*  
1996

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

Oei, T. I. (1996). TBS, recidivegevaar en behandelbaarheid: Problemen en mogelijke oplossingen. *Medisch Contact*, 51(14), 483-485.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# TBS, recidivegevaar en behandelbaarheid

Problemen en mogelijke oplossingen

T.I.Oei

**Terbeschikkingstelling (TBS) is een strafrechtelijke maatregel die wordt opgelegd aan een ernstig psychisch gestoorde dader van een zwaar delict, die waarschijnlijk zonder behandeling zal recidiveren. Het probleem in Nederland op dit moment is dat er te weinig plaatsen zijn voor ter beschikking gestelden en er tegelijkertijd vaker TBS wordt opgelegd.**

**I**N NEDERLAND IS de terbeschikkingstelling (TBS) een strafrechtelijke maatregel die door de rechter wordt opgelegd als de dader van een zwaar delict ernstig psychisch gestoord is en waarschijnlijk zonder verpleging/behandeling zal recidiveren. Zo'n ter beschikking gestelde wordt dusdanig gevaarlijk geacht dat hij, ter beveiliging van de maatschappij, voor lange(ere) tijd vast moet zitten.

'TBS-waardig' zijn die delicten waarop wettelijk minimaal vier jaar gevangenisstraf staat. Het gaat hier om zeer ernstige delicten die de rechtsorde schokken: moord, doodslag, verkrachting, brandstichting met slachtoffers en dergelijke. Het probleem in Nederland is op dit moment dat er te weinig plaatsen zijn voor ter beschikking gestelden en tegelijkertijd dat er vergeleken met enkele jaren geleden vaker TBS wordt opgelegd. Dit is bekend aan zowel de beleidmakers (overheid) als de behandelaars.

Hetzelfde probleem, doch van een andere orde (lange(re) gevangenisstraffen en minder snelle behandeling) doet zich voor in de Verenigde Staten. Daar heeft men geen TBS-inrichtingen, maar wel 'behandelgevangenissen'. Zijn persoonlijke ervaringen hiermee besprak prof. Courtless, hoogleraar 'forensic science and sociology' aan de universiteit van Washington DC, in zijn voordracht op een internationaal congres in 's-Gravenhage, waar ik deze voordracht van commentaar voorzag.<sup>1</sup>

In deze bijdrage zal ik eerst een samen-

vatting geven van Courtless' betoog. Daarna zal ik ingaan op de specifiek Nederlandse situatie en problematiek.

## De 'behandelgevangenis' in de VS

Courtless maakt gewag van het feit dat in de Verenigde Staten - sinds enige tijd - hardere straffen (of zwaardere sancties) worden opgelegd aan hen die zich aan een ernstig delict hebben schuldig gemaakt. Kennelijk worden verpleegmogelijkheden minder vaak overwogen dan langere gevangenisstraffen.

In Courtless' betoog komen eerst de mogelijkheden voor ernstig psychisch gestoorde in de behandelgevangenis 'Patuxent Institution' (Maryland) aan de orde en vooral de rol van deze gevangenis sinds 1955. Het gaat over de - onbepert lange of langdurige - verpleging aldaar van ernstig gestoorde psychopaten en over delinquenten die 'juridisch' niet krankzinnig waren, maar die uit medisch oogpunt bezien wel als zodanig kunnen worden beschouwd.

Vervolgens schetst Courtless de recente veranderingen in 'Patuxent': daar verblijven nu meer adolescenten met minder ernstige delicten. Een van de redenen voor deze verandering is dat daders van ernstige delicten hetzij niet (meer) in behandeling worden genomen, hetzij pas na een lange detentieperiode. De reclasering komt er derhalve ook pas laat aan te pas. Deze categorie delinquenten krijgt hierdoor niet de gewenste en noodzakelijke verpleging (behandeling), met als gevolg een blijvend gevaar voor recidive. In plaats dat zij in 'Patuxent' voor hen relevante vaardigheden aanleren, worden zij slechts in 'bewaring' genomen en vastgehouden in de gevangenis; daargaan zij zowel psychisch als lichamelijk achteruit. De verandering van de populatie in 'Patuxent' is bovendien het resultaat van de - thans vaker in de VS gehoorde - publieke roep om genoegdoening in plaats van resocialisatie. Daarnaast is er sprake van een explosief toenemende gevangenispopulatie.

Voor het voortbestaan van 'Patuxent' wordt dan ook gevreesd, mede vanwege

verdere bezuinigingen. Deze 'behandelgevangenis' stond al niet zo sterk vanwege het gebrek aan kwaliteitstoetsing en -bewaking. Behandelplannen en evaluatieve behandelmomenten ontbraken er. Courtless vindt dat daardoor een gebrek aan expertise ontstond ten aanzien van het doen van valide voorspellingen omtrent de effectiviteit van verschillende gevangenisprogramma's. Dat de soms verre van accurate voorspellingen betreffende het wel of niet bestaan van recidivegevaar vaak aanleiding gaven tot heftige onenigheid in de staf, was nog tot daaraan toe, maar dat deze vermoedelijk mede oorzaak geweest zijn van een verlies aan vertrouwen bij collega-behandelaars uit de geestelijke gezondheidszorg en beleidmakers was moeilijk te aanvaarden. De 'behandelgevangenis' bleek dus niet zo'n succes te zijn als beleidmakers en behandelaars hadden verwacht.

Courtless voert als belangrijkste reden de ambigue opvatting waarmee 'Patuxent' haar activiteiten moest ontplooien aan. Zij had tot taak enerzijds het gedurende lange tijd vasthouden van delinquenten ter beveiliging van de maatschappij, anderzijds het verstrekken van behandeling op vrijwillige basis, gericht op resocialisatie. Een 'oplossing' die wel tot problemen aanleiding móést geven! Natuurlijk is een en ander wel terug te voeren tot de thans meer verzakelijkte samenleving. Tot zo ver Courtless.

## Herkenbaar

Ook in Nederland spelen ontwikkelingen als die in Maryland, waaronder de lange gevangenisstraffen, het toegenomen percentage jeugdige criminelen en het aanhoudende tekort aan cellen - getuige het nog steeds substantiële heenzendingen van afgestraften - een rol van betekenis. De ontwikkelingen in Maryland zijn voor de Nederlandse situatie, ofschoon herkenbaar - zij het dat wij geen behandelgevangenis kennen, maar wel TBS-inrichtingen - toch van een iets andere orde. De ontwikkelingen zijn herkenbaar vanwege (al dan niet) doorgevoerd efficiëncy- en effectonderzoek. Ik noem onder meer de reorganisatie van de reclasse-



ring, de bouw van nieuwe cellen en het tekort aan TBS-plaatsen. De ontwikkelingen zijn van een andere orde, gezien de rol van de psychiatrische en psychologische rapporteur en vanwege de betekenis die resocialisatie heeft in de humane opvattingen van het Nederlandse strafrecht: iedere veroordeelde van een ernstig delict heeft in Nederland recht op ver-

telijke rechtsgang zeker geen ondergeschikte rol. Veeleer bekleedt deze de positie van (toegevoegde) getuige-deskundige, die de rechter - waar nodig - bijstaat. Zo kan de rechter tot de overtuiging geraken dat de verdachte al dan niet ziek is/was (ten tijde van het delict), en derhalve al dan niet behandeling behoeft.<sup>4</sup> De behoefte van de rechter om te weten

haar taak is. In gevallen waarin zwakbegaafden wederom ernstige zedendelicten plegen, zal de behandelprognose uitermate moeilijk, zo niet hopeloos zijn. Bij gebrek aan beter grijpt de rechter nogal eens naar strafoplegging voor lange(re) duur. Dat is uiteindelijk onbevredigend. Het is dan ook zeer wenselijk dat de rechter meer mogelijkheden krijgt aangereikt op het terrein van behandelingen van de geestelijke gezondheidszorg.<sup>7</sup>

*Iedere veroordeelde in Nederland heeft  
recht op die verpleging of behandeling  
waardoor hij minder recidivegevaarlijk wordt*

andering van zijn persoonlijkheid, althans de kans om door verpleging en behandeling datgene te verwerven waardoor hij minder recidivegevaarlijk wordt!

**Rol forensisch  
gedragsdeskundige**

In Nederland is het advies van de forensisch gedragsdeskundige (psychiater/psycholoog) van belang voor de rechter, wanneer deze wordt geconfronteerd met een mogelijk psychisch gestoorde justitiabele. Toerekening van strafbaar gedrag (schuld) en oplegging van straf zijn immers afhankelijk van de vraag of de (verdachte) justitiabele toerekeningsvatbaar is. Met andere woorden: is de verdachte al dan niet geestelijk gebrekkig ontwikkeld?, is er bij deze soms sprake van een ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens? De zienswijze van de gedragsdeskundige ten aanzien van die vragen blijkt een belangrijke leidraad voor de rechter te zijn. In bijna alle gevallen waarin de rechter een gedragsdeskundige raadpleegt blijkt dat er sprake is van een meer of mindere mate van toerekeningsvatbaarheid.<sup>2</sup>

Het relevante tijdstip voor de vraag of verdachte in vrijheid zijn wil kan bepalen is het *tijdstip van het delict*.<sup>3</sup> Bij het Pieter Baan Centrum, de Psychiatrische Observatiekliniek van het Gevangeniswezen, wordt het als volgt geformuleerd: "Op grond van het bovenstaande zijn wij van mening dat onderzochte ten tijde van het plegen van het hem ten laste gelegde feit weliswaar de ongeoorloofdheid hiervan heeft kunnen inzien, doch in mindere mate dan de gemiddeld normale mens in staat is geweest zijn wil in vrijheid - overeenkomstig een dergelijk besef - te bepalen. ( ... ) (derhalve) concluderen de ( ... ) (gedragsdeskundigen), dat onderzochte ten tijde van het plegen van het hem ten laste gelegde feit lijdende was aan een zodanige gebrekkige ontwikkeling (en/of ziekelijke stoornis) van zijn geestvermogens, dat dit feit - indien bewezen - hem in verminderde mate kan worden toegerekend."

De forensisch psychiater speelt bij de fei-

of de psychisch gestoorde verdachte zodanig gevaarlijk is dat hij voor lang(er) tijd in bewaring moet worden gesteld, vormt een uitvloeisel van zijn rechterlijke taak.

Het rechterlijk oordeel is niet alleen gericht op bestraffing.<sup>5</sup> De rechter beoogt ook het mogelijk resocialiseren van de vrijgekomen justitiabele. Uit een oogpunt van (specifieke) preventie dient de justitiabele te worden verpleegd, zodat het gevaar voor recidive minder wordt en maatschappelijk 'aanvaardbaar'. De fase waarin de justitiabele vastzit, moet dan ook vooral

*Praktische afspraken tussen Volksgezondheid en Justitie  
komen beide departementen ten goede*

worden benut voor het opdoen van die vaardigheden welke het gevaar van recidive kunnen doen afnemen. Veelal wordt dan gedacht aan het opleggen van een 'maatregel', waarbij de justitiabele wordt geplaatst in een speciaal behandelinstituut, zoals een psychiatrische kliniek of inrichting voor ter beschikking gestelden.<sup>6</sup>

**Niet geoutilleerd**

Bij vrij 'hopeloze' gevallen kan de gedragsdeskundige, als behandelaar, weinig hulp bieden. Bij agressieve zedendelinquenten, zoals kernpedofielen, die (al dan niet herhaaldelijk) recidiveren, bijvoorbeeld adviseert de gedragsdeskundige aan de rechter doorgaans (verdere) dwangverpleging. Het risico van een recidive is dan veel te groot en dat is voor de maatschappij niet acceptabel; ook al is zo'n ernstig psychisch gestoorde amper behandelbaar, doch wel goed begeleidbaar, en ook al is hij niet direct gevaarlijk, doch wel op de wat langere termijn. In een dergelijk geval zal de TBS-inrichting indien de rechter de terbeschikkingstelling (herhaaldelijk) verlengt, ertoe overgaan zo'n persoon (heel lang, om niet te zeggen levenslang) opgenomen te houden.

De vraag is of een TBS-inrichting daarvoor geoutilleerd is en - fundamenteel - of dat

ge wachttijden voor zogeheten TBS-pas-santen.<sup>8</sup>

**Mogelijke oplossingen**

Als mogelijke oplossingen zie ik een uitbreiding van het aantal forensisch-psychiatrische klinieken (FPK's) en forensisch-psychiatrische afdelingen (FPA's) en hiermee samenhangend een snelle(re) doorstroming van ter beschikking gestelden uit TBS-inrichtingen naar perifere psychiatrische ziekenhuizen, en vergroting van de nazorgcapaciteit door de reclassering. Met betrekking tot het laatste blijkt, dat Justitie voor de komende tijd meer geld heeft uitgetrokken ten behoeve van uitbreiding van de zorgactiviteiten van de reclassering.<sup>9</sup>

Wat de eerste oplossing betreft, pleit ik ervoor dat ieder (middel)groot psychiatrisch centrum, alwaar een (gedeeltelijk dan wel volledig erkende klinische) opleiding bestaat voor aanstaande psychiaters, een forensisch-psychiatrische kliniek/forensisch-psychiatrische afdeling krijgt, al dan niet met overheidssteun.<sup>10 11</sup> Het is in het belang van de *overheid* dat er meer plaatsen voor ter beschikking gestelden in het leven worden geroepen. De inrichtingen mogen niet verworden tot hopeloze bewaarplaatsen.<sup>12</sup> Er is be- ■



hoeft aan een minimaanbod aan verpleeg- en zorgmogelijkheden, met uitzicht op verbetering van het psychische gedrag.<sup>13</sup>

Het is in het belang van *aanstaande (forensisch) psychiaters* dat zij in hun opleiding (meer) ervaring opdoen met de behandeling en verpleging van patiënten met ernstige psychiatrische problemen.

### Uitdaging

Zou het niet mogelijk zijn, dat er tussen Volksgezondheid en Justitie praktische

afspraken worden gemaakt teneinde aan deze voor beide departementen belangwekkende problematiek meer het hoofd te bieden? Een gezamenlijke oplossing komt mijns inziens tegemoet aan de behoefte van *beide* departementen. Het dient bovenal de noden van TBS-gestelden, voor wie verbetering van hun specifieke problemen in het bijzonder tastbaar wordt bij een substantiële vermindering van recidivegevaar.<sup>14</sup> Per slot van rekening verwacht de maatschappij vermindering van dat gevaar.

Er blijft dus een uitdaging voor behandelaars en beleidsmakers, zowel hier als in de Verenigde Staten. Een uitdaging die naar mijn idee door Courtless' betoog kan worden geconcretiseerd. \*

*forensische psychiatrie*  
TBS

*T.I. Oei,*  
hoogleraar forensische psychiatrie,  
vakgroep Strafrechtswetenschappen, KU  
Brabant te Tilburg

### Noten

1. Dit artikel is het bewerkte commentaar op de voordracht van T.F. Courtless, Ph.D., ter gelegenheid van de 'First world conference on new trends in criminal investigation and evidence', georganiseerd door The International Network for Research on the Law of Evidence and Procedure, 4 december 1995 te 's-Gravenhage. De titel van de voordracht van Courtless luidde: 'Commitments of mentally disordered offenders in the State of Maryland (USA): Forensic psychiatric evidence of future dangerousness versus treatment amenability'.

2. Het oordeel ten aanzien van de toerekeningsvatbaarheid bij ter beschikking gestelden laat zien dat 47% is beoordeeld als minder toerekeningsvatbaar, 27% als ernstig verminderd toerekeningsvatbaar en 24% als ontoerekeningsvatbaar.

Zie J.L. van Emmerik: Kenmerken van ter beschikking gestelden, een follow-up. *Sancities* 1995; 5: 296.

3. Het 'tijdstip van delict' is van groot belang.

Zie bijvoorbeeld NRC Handelsblad van 18 april 1995, waarin wordt besproken de zaak van Appie A., die levenslange gevangenisstraf werd opgelegd. De Officier van Justitie eiste twintig jaar gevangenis en TBS met dwangverpleging, omdat de verdachte tijdens de aanslag op 14 mei 1990 verminderd toerekeningsvatbaar was. De rechtbank deelde die mening niet. Verdachte kon thans wel verminderd toerekeningsvatbaar zijn, maar was dat ten tijde van de aanslag niet.

4. Uiteraard houdt de gedragsdeskundige zich niet bezig met de vraag of de telastelegging steekhoudend is.

5. En dus op vergelding en generale preventie door de maatschappij.

6. Zie voor de klinische behandeling van de TBS-populatie H.J.C. van Marle: Een gesloten systeem. Een psychoanalytisch kader voor de verpleging en behandeling van TBS-gestelden. Gouda Quint BV, Arnhem 1995.

Zie ook de recensie van dit boek door T.I. Oei in *Delikt en Delinkwent* 1995; 25 (10): 1099-110.

7. Onder 'behandelingen' wordt hier verstaan: alle vormen van geestelijke en medisch-psychiatrische zorg en begeleiding die in de algemene psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg voorhanden zijn. In de Volkskrant van 10 februari 1995 heb ik me uitgelaten over differentiatie van behandelingen van ter beschikking gestelden.

8. Die ter beschikking gestelden, op 1 april 1995 ruim 140, die vanwege plaatsgebrek nog niet in een TBS-kliniek kunnen worden behandeld. Behalve dat er te weinig TBS-plaatsen zijn, is het grote aantal TBS-pas-santen kennelijk het gevolg van het in 1993 en 1994 grote aantal TBS-opleggingen, en tegelijkertijd de sterke daling van het aantal beëindigde maatregelen.

Zie noot 2, Van Emmerik, o.c., p. 286.

9. Een niet zo grote, maar toch wel belangrijke aanvulling van 15 miljoen gulden is voor 1996 beschikbaar. Zie *Vrijspraak* 1995; 6: 23.

10. Een FPA-bed kost per dag /313,70, hetgeen am-per afwijkt van een gemiddelde detentieplek in een huis van bewaring (/350.-)

Zie J.P. Wilken: Grensgang - De plaats van de

Forensisch Psychiatrische Afdeling in het veld van de forensische en reguliere psychiatrie. Utrecht: NZI, 1994: 16.

11. Dat wil niet zeggen dat er reeds voldoende gekwalificeerd personeel voorhanden is, integendeel. Er heerst gebrek aan forensisch geschoolde gedragsdeskundigen (psychiaters, psychologen en psycholtherapeuten) en sociotherapeuten respectievelijk verpleegkundigen. Er is derhalve meer behoefte aan verbetering van de personele en materiële infrastructuur binnen de forensische voorzieningen.

Zie verder mijn oproep tot professionalisering van psychotherapiemogelijkheden in forensisch gedragskundig verband: T.I. Oei: Functional Method Forensic Psychotherapy, *The European Journal of Psychiatry* 1995; 9 (3): 151-60.

12. Thans wordt de totale behoefte geraamd op 814 plaatsen, oplopend tot 909 in 1998. Eind 1995 bedroeg de beschikbare capaciteit 647 plaatsen, een tekort derhalve van 167 plaatsen. Tot 1998 blijft er zeker een feitelijk tekort aan TBS-plaatsen.

Zie verder noot 2, Van Emmerik, o.c. p. 286.

13. Tijdens de districtpsychiatrische dag in 's-Gravenhage op 17 november 1995 werd alom de behoefte gevoeld aan meer forensisch-psychiatrische plaatsen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen.

14. Het is interessant dat het rapport 'Doelmatig behandelen' als een van de adviezen de verdergaande samenwerking tussen TBS-klinieken en psychiatrische centra voorstaat. Dit is mij uit het hart gegrepen!

Zie NRC Handelsblad 8 januari 1996.